

DF 00004/25

13 de janeiro de 2025.

Ref.: Comunicado Informativo - Renovação de Declaração 2025 de Contribuição ao INSS

Prezados(as) Cooperados(as),

Foi publicada pela PORTARIA INTERMINISTERIAL MPS/MF Nº 6 de 10.01.2025 (Lei nº 10.666/2003 e Instrução Normativa nº 89/2003), a alteração do valor do teto da contribuição previdenciária **para R\$ 8.157,41**, a partir de **01.01.2025**. O repasse como cooperado será de **R\$ 1.631,48 (20%)** e para os demais prestadores autônomos será de **R\$ 897,31 (11%)**.

Caso possuam outras fontes de remuneração, solicitamos o preenchimento do **Formulário Digital no portal do cooperado**, lembramos que **não** deverão preencher o **Formulário Digital** os cooperados (as) em que o repasse da Contribuição seja realizado na Unimed Campinas ou possuam vínculo com empresas no Regime Estatutário.

Lembramos também que para os casos da declaração anual deverão informar o período inicial e o período final para que o sistema considere os meses de janeiro até dezembro/2025.

O Formulário Digital somente será aceito até o último dia útil de cada mês de competência e não serão recebidas informações por outros canais de comunicação.

Ressaltamos que é de responsabilidade dos cooperados (as) comunicarem a cooperativa eventuais alterações que possam modificar sua contribuição previdenciária, inclusive com relação a eventual alteração do INSS/PIS e NIT.

Seguem as orientações para o preenchimento do formulário.

Em caso de dúvidas entrar em contato no telefone 19 3735-7014 (Opção 5 – Assessoria Fiscal) ou e-mails assessoriafiscal@unimedcampinas.com.br e relacionamentocoop@unimedcampinas.com.br.

Passo a passo Formulário Digital:

1. Acesse o portal da Unimed Campinas, opção Médicos Cooperados. Na barra principal, clicar em Dados de Produção:



2. Escolher a opção INSS:



3. Nesta tela o cooperado deve preencher os campos e gravar.


CANAL DO COOPERADO

INSS

Retenção em outra fonte

► Solicitar

Consultar

Outras Solicitações

Registro de informação de retenção de INSS.

Nome da Empresa:

CNPJ da Empresa:

Empresa:

Categoria e-Social:

Tipo de Retenção:

Mês início de validade da Declaração: (01/MM/YYYY)

Mês final de validade da Declaração: (01/MM/YYYY)

Declaro que havendo qualquer alteração no valor da contribuição ou na fonte pagadora, me responsabilizo em informar a Unimed Campinas, isentando a mesma de qualquer responsabilidade.

Ciente e de acordo.

Atenciosamente,

DocuSigned by:

 1AD05FE2A5704AF...
Dr. Plinio Conte de Faria Junior
 Diretor Financeiro

DocuSigned by:

 9DB3725071AC474...
Dr. Gerson Muraro Laurito
 Diretor Presidente